

D. Diğer İdrar Kaçırma Tipleri

| DOI: 10.37609/akya.3759.c162

Aykut BAŞER¹
Alper ŞİMŞEK²

KOİTUS İLİŞKİLİ İDRAR KAÇIRMA

Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, tıbbi literatürde “koital inkontinans” olarak adlandırılır. Bu durum, genellikle pelvik taban kaslarının zayıflığı veya mesane kontrolünü etkileyen diğer faktörlerden kaynaklanır. Özellikle orgazm sırasında mesane kaslarının ani kasılması nedeniyle idrar kaçırma meydana gelebilir. Stres tipi idrar kaçırması (STİK) olan kadınların yaklaşık %40’ında cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma görülmektedir.

Cinsel ilişki sırasında istemsiz idrar kaybı olarak tanımlanan koitus ilişkili idrar kaçırma (İK), kadın cinselliği ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Kadınlar bunu nadiren başvuru şikayeti olarak belirtse de, kadın ürolojisi klinik ortamında doğrudan sorgulama ve geçerli anketlerin kullanımıyla sık görülen bir sorundur. İdrar kaçırması olan cinsel olarak aktif kadınlarda %10-66 arasında geniş bir yaygınlık aralığı bildirilmiştir.

Literatürde koitus ilişkili İK’nin risk faktörleri ve altta yatan patofizyolojik mekanizması ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Koitus ilişkili İK’nin ürodinamik tanımlarla ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma vardır; bazı çalışmalarda penetras-

yondaki koitus ilişkili İK’nin çoğunlukla STİK ile ilişkili olduğu ve orgazmdaki koitus ilişkili İK’nin çoğunlukla detrusor aşırı aktivitesi (DAA) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ancak son zamanlarda koitus ilişkili İK’nin çoğunlukla STİK ve üretra yetersizliği ile ilişkili olduğu, ancak DAA ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir.

Birleşik Krallık’ta gerçekleştirilen 7 merkezin ortak çalışması ile hastaneye başvuran 4.843 kadın hastanın %79,3’ünde idrar kaçırma mevcuttu ve bunların %41,6’sında aynı zamanda koitus ilişkili İK bildirilmiştir. Koitus ilişkili İK’li kadınların %96,8’i karışık tip İK, %2,1’i yalnızca sıkışma tipi İK, %1,1’i ise yalnızca STİK bildirmiş. Bu çalışmanın sonuçlarına göre idrar kaçırma olmayan ve ara sıra koitus ilişkili İK yaşayan küçük bir alt grup (%2,4) bulunmaktadır. STİK ve sıkışma tipi İK ile orgazm sırasında tutamama ve penetrasyon sırasında idrar tutamama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bu da altta yatan ortak bir mekanizma olduğunu göstermektedir.

Koital idrar kaçırma klinik öyküde genellikle çok fazla araştırılmamaktadır ve bu durum sorunun hafife alınmasına yol açabilmektedir. İtalya, Yunanistan, Amerika Birleşik Devletleri ve Mısır’da yürütülen idrar kaçırması olan ve en az 6

¹ Doç. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., abaser@bandirma.edu.tr, ORCID iD: 0000-0003-0457-512X² Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD., drsimsekalper@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-0513-4505

2. **Biyofeedback;** Biyofeedback, hastalara pelvik taban kaslarını bilinçli olarak kasmayı ve gevşetmeyi öğreten bir yöntemdir. Richardson ve Palmer'ın 2009 yılında yaptığı bir çalışmada, pelvik taban kaslarının farkındalığını artırarak ve kasların daha iyi kullanılmasını sağlayarak davranışsal terapilere dirençli olan 9 hastada biyofeedback tekniklerinin etkili olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamında en az kısmi iyileşme gözlenmiş, %89'unda ise 4.5 seans biyofeedback sonrası semptomların tamamen geçtiği bildirilmiştir. Ayrıca, biyofeedback yöntemlerinin metilfenidat kullanımına karşı çıkan ebeveynler tarafından daha çok tercih edildiği belirtilmiştir.
3. **Farmakolojik Tedavi;** Çeşitli ilaçlar gülme (kıkırdama) idrar kaçırmasını hafifletmek amacıyla denenmiştir, ancak sonuçlar değişken olmuştur.

a) Metilfenidat

Metilfenidat, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tedavisinde yaygın kullanılan bir merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır. Metilfenidat üzerine yapılan araştırmalar, bu ilacın gülme (kıkırdama) idrar kaçırmasında en fazla incelenen farmakolojik tedavi olduğunu göstermektedir. Et-kisini nasıl gösterdiği kesin olarak bilinmemekle birlikte, üç çalışma, metilfenidatın dopamin yoluyla işeme inhibisyonunu artırdığını ve pelvik taban kaslarının gevşemesini engelleyerek detrusor refleksini baskıladığını öne sürmüştür. İki çalışma, prefrontal korteksteki dopamin reseptör inhibisyonunun, gülme (kıkırdama) idrar kaçırması mekanizmasının temelinde yattığını belirtmiştir. Başka bir çalışma, metilfenidatın ponstaki işeme merkezinin aktivasyonunu baskılayarak, mesane boşalmasını tetikleyen mekanizmayı durdurduğunu öne sürmüştür. Üç çalışma, 1 ila 15 hasta arasında değişen örneklerle, metilfenidatın %80-100 oranında başarı sağladığını göstermiştir.

b) Diğer Farmakolojik Tedaviler

Antikolinerjikler: Propantelin gibi antikolinerjik ajanlar denenmiş, ancak sonuçlar değişken bulunmuştur.

Antidepresanlar: İmipramin, duygusal durumu düzenleyerek semptomları azaltmak amacıyla kullanılmış, ancak etkisi tutarsız olmuştur.

Antikonvülzanlar: Fenitoin sodyum ve etosüksimid (Zarontin) gibi antikonvülzanlar, gülme inkontinansının nörolojik temelli olabileceği hipoteziyle denenmiştir. Ancak bu ilaçların etkinliği kesin olarak kanıtlanmamıştır.

Parasempatolitik ajanlar: Parasempatik aktiviteyi baskılayarak mesane kontrolünü artırmayı amaçlayan ajanlar kullanılmış, ancak etkileri sınırlı kalmıştır.

Özellikle dikkat çekici bir nokta, bu çalışmalar kapsamındaki çalışmaların yalnızca bir tanesinde kabızlık tedavisi veya bağırsak eğitiminin önemine değinilmiş olmasıdır. Oysaki bağırsak alışkanlıklarının düzenlenmesi, mesane eğitiminin önemli bir bileşenidir.

KAYNAKLAR

1. Çetinkaya ŞE, Seval MM, Varlı B, et al. The association of coital incontinence with clinical factors and single voiding cycle ambulatory urodynamic monitoring findings in women. *Front. Med.* 2023;10(1160637). doi: 10.3389/fmed.2023.1160637
2. D'Ancona C, Haylen B, Oelke M, et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2019;38:433-477
3. Haylen B, de Ridder D, Freeman R, Swift S, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* (2010) 21:5-26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9
4. Jha S, Strelley K, Radley S. Incontinence during intercourse: myths unravelled. *Int Urogynecol J.* (2012) 23:633-7. doi: 10.1007/s00192-011-1583-0
5. El-Azab A, Yousef H, Seifeldin G. Coital incontinence: relation to detrusor overactivity and stress incontinence. *Neurourol Urodyn.* (2011) 30:520-4. doi: 10.1002/nau.21041
6. Serati M, Salvatore S, Uccella S, Cromi A, Khullar V, Car-doza L, et al. Urinary incontinence at orgasm: relation to detrusor overactivity and treatment efficacy. *Eur Urol.* (2008) 54:911-5. doi: 10.1016/j.eururo.2007.11.008
7. Dietz H, Subramaniam N. Is coital incontinence a manifestation of urodynamic stress incontinence or detrusor overactivity? *IUJ.* (2022) 33:1175-8. doi: 10.1007/s00192-021-04809-8

8. Illiano E, Mahfouz W, Giannitsas K, Kocjancic E, Vittorio B, Athanasopoulos A, et al. Coital incontinence in women with urinary incontinence: an international study. *J Sex Med.* (2018) 15:1456–62. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.08.009
9. Madhu M, Hashim H, Enki D, Yassin M, Drake M. Coital incontinence: what can we learn from urodynamic assessment? *Urology.* (2015) 85:1034–8. doi: 10.1016/j.urology.2015.02.007
10. Illiano E, Mahfouz W, Giannitsas K, et al. Coital Incontinence in Women With Urinary Incontinence: An International Study. *The Journal of Sexual Medicine* 2018;15(10):1456-1462, doi:10.1016/j.jsxm.2018.08.009
11. Athey R, Gray T, Kershaw V, et al. Coital Incontinence: A Multicentre Study Evaluating Prevalence and Associations. *International Urogynecology Journal* 2024;35(10):1969-1975, doi:10.1007/s00192-024-05902-4
12. El-Azab AS, Yousef HA, Seifeldein GS. Coital incontinence: Relation to detrusor overactivity and stress incontinence. *Neurourology and Urodynamics* 2011;30(4):520-524, doi:https://doi.org/10.1002/nau.21041
13. Pastor Z. Female Ejaculation Orgasm vs. Coital Incontinence: A Systematic Review. *The Journal of Sexual Medicine* 2013;10(7):1682-1691, doi:10.1111/jsm.12166
14. Serati M, Salvatore S, Uccella S, et al. Female Urinary Incontinence During Intercourse: A Review on an Understudied Problem for Women's Sexuality. *The Journal of Sexual Medicine* 2009;6(1):40-48, doi:10.1111/j.1743-6109.2008.01055.x
15. Wagg A, Kung CL, Johnson T, et al. Incontinence in frail older persons. *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence* 2017:1309-1442.
16. Parsons M, Cardozo L. The classification of urinary incontinence. *Reviews in Gynaecological Practice* 2003;3(2):57-64. [https://doi.org/10.1016/S1471-7697\(03\)00051-0](https://doi.org/10.1016/S1471-7697(03)00051-0)
17. Spence-Jones C, Kamm MA, Henry MM, et al. Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1994;101(2):147-152. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1994.tb13081.x>
18. Leuck AM, Wright D, Ellingson L, et al. Complications of Foley catheters: is infection the greatest risk? *J Urol* 2012;187:1662-1666. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.12.113>
19. Imamura M, Williams K, Wells M, et al. Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(12):CD003505. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003505.pub5>
20. Dieter AA. Background, etiology, and subtypes of urinary incontinence. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2021;64(2):259-265. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000618>
21. Logan BL, Blais S. Giggle incontinence: evolution of concept and treatment. *Journal of Pediatric Urology* 2017;13(5): 430-435. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2017.04.021>
22. González-Maldonado AA, García-Mérida M. Giggle incontinence: a scoping review. *Pediatric Research* 2024;95(7):1720-1725. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03065-y>